l'Assurance Maladie SÉCURITE SOCIALE	VOTRE AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE	MAGE mutuelle de l'éducation santé • prévoyance • et plus

ASSURÉ(E)

Situation familiale

N° Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ clé ☐☐

Nom de naissance :……………………………………………………………………………………………………

Prénoms : ………

Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu de naissance : ………………………………………… Dépt. de naissance ☐☐☐

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nom usuel :………………………………………………………… Nationalité : ……………………………………………

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse actuelle précise

N° :………… Voie :……………………………………………………………………………………………………

Complément d'adresse :………………………………………………………………………………………………

Commune :……………………………………………………………………………Code Postal : ☐☐☐☐☐

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ @ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Situation professionnelle actuelle

Ministère : ……………………………………………………………………… Date d'embauche : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nature de l'emploi : ……………………………………………………………………………………………………

☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Autre : ……………………………………………………………………

Nom et adresse de l'établissement d'exercice : ………………………………………………………………

………

Informations complémentaires

Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis ☐☐☐☐ ☐☐

Etes-vous pris en charge à 100% pour maternité : ☐ Non ☐ Oui depuis ☐☐☐☐ ☐☐

A ……………………………………………………………… **Signature de l'assuré(e) :**

le ☐☐☐☐☐☐☐☐

ENFANT(S) à charge à rattacher

Nom :..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms :..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |_|_|_|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom :..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms :..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |_|_|_|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom :..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms :..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |_|_|_|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom :..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms :..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |_|_|_|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |_|_|_|_|_|_|_|_|

A ..... **Signature de l'assuré(e) :**

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

LYON

MAGE
43 rue Jaboulay
69349 LYON CEDEX 07
01.43.29.15.75

ref59 06/2018

La loi n°78-17 du 6/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de votre section MAGE.